



CURSO DE MEDICINA

VIRNA MARIA ANDRADE ALVES

A OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES QUE DESENVOLVERAM PRÉ-ECLÂMPSIA NA GESTAÇÃO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

SALVADOR - BA

2025

VIRNA MARIA ANDRADE ALVES

**A OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES QUE DESENVOLVERAM PRÉ-ECLÂMPsia NA
GESTAÇÃO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no 4º ano de Medicina

Orientador(a): Profº Drº. Victor Hugo Ribeiro

SALVADOR

2025

RESUMO

Introdução: A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno mental comum no puerpério, com elevada prevalência e grande impacto na saúde materna e no desenvolvimento infantil. A pré-eclâmpsia (PE), complicação obstétrica hipertensiva que acomete 5% a 8% das gestantes, é considerada fator de risco relevante para o surgimento da DPP, especialmente quando associada a desfechos graves como morte perinatal e internação neonatal. A presença simultânea dessas condições pode intensificar o sofrimento psicológico da mulher e comprometer o vínculo mãe-bebê. Ainda assim, são escassos os estudos que investigam essa associação de forma sistematizada. **Objetivo:** Avaliar a ocorrência de depressão pós-parto em mulheres que desenvolveram pré-eclâmpsia durante a gestação, por meio de uma revisão sistemática da literatura. **Métodos:** Foi conduzida uma revisão sistemática guiada pelo protocolo PRISMA, com buscas nas bases PubMed, SciELO, Lilacs e Embase, utilizando os descritores "postpartum depression" e "preeclampsia". Foram incluídos estudos observacionais em humanos, publicados em português ou inglês, com amostras compostas por mulheres que desenvolveram PE e que foram avaliadas quanto à presença de DPP através da Escala de Edimburgo. **Resultados:** Foram incluídos quatro estudos que abordaram a associação entre PE e DPP. As amostras variaram entre 161 e 425 mulheres. A prevalência/incidência de DPP variou de 20,5% a 31,7% nas pacientes com PE, sendo maior nos casos graves e quando associada a fatores psicossociais desfavoráveis. A gravidade da pré-eclâmpsia, morte perinatal, suporte social insuficiente e histórico psiquiátrico prévio foram os principais fatores de risco para DPP identificados. **Conclusões:** Os achados desta revisão sugerem que a pré-eclâmpsia, especialmente em sua forma grave, está fortemente associada à ocorrência de depressão pós-parto. Esses resultados reforçam a importância do rastreamento da saúde mental de puérperas com histórico de PE, além da necessidade de suporte emocional adequado durante a gestação e no pós-parto, com vistas à prevenção de transtornos mentais e à promoção de políticas públicas voltadas à saúde mental materna.

Palavras-chave: Depressão pós-parto. Pré-eclâmpsia. Puerpério.

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression (PPD) is a common mental disorder during the puerperium, with high prevalence and significant impact on maternal health and child development. Preeclampsia (PE), a hypertensive obstetric complication affecting 5% to 8% of pregnant women, is considered a relevant risk factor for the onset of PPD, especially when associated with severe outcomes such as perinatal death and neonatal hospitalization. The simultaneous presence of these conditions can intensify the woman's psychological suffering and impair mother-infant bonding. Nonetheless, studies that systematically investigate this association remain scarce. **Objective:** To assess the occurrence of postpartum depression in women who developed preeclampsia during pregnancy, through a systematic literature review. **Methods:** A systematic review was conducted following the PRISMA protocol, with searches in the PubMed, SciELO, Lilacs, and Embase databases using the descriptors "postpartum depression" and "preeclampsia." Observational studies in humans, published in Portuguese or English, were included. Eligible studies had samples composed of women who developed PE and were assessed for the presence of PPD using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Results:** Four studies addressing the association between PE and PPD were included. Sample sizes ranged from 161 to 425 women. The prevalence/incidence of PPD ranged from 20.5% to 31.7% in patients with PE, being higher in severe cases and when associated with unfavorable psychosocial factors. Severity of preeclampsia, perinatal death, insufficient social support, and prior psychiatric history were identified as the main risk factors for PPD. **Conclusions:** The findings of this review suggest that preeclampsia, particularly in its severe form, is strongly associated with the occurrence of postpartum depression. These results reinforce the importance of mental health screening in postpartum women with a history of PE, as well as the need for adequate emotional support during pregnancy and the postpartum period, aiming at the prevention of mental disorders and the promotion of public policies focused on maternal mental health.

Keywords: Postpartum depression. Preeclampsia. Puerperium.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVO	7
3 REVISÃO DE LITERATURA	8
3.1 Depressão pós-parto	8
3.2 Pré-eclâmpsia	8
3.3 Depressão pós-parto e Pré-eclâmpsia	9
4 MÉTODOS	11
4.1 Tipo de estudo	11
4.2 Critérios de elegibilidade	11
4.3 Fontes de informação	11
4.4 Estratégia de pesquisa	11
4.5 Identificação e seleção dos estudos	11
4.6 Extração de dados	11
4.7 Itens de dados	11
4.8 Avaliação do risco de viés	11
4.9 Métodos de Síntese	11
5 RESULTADOS	13
5.1 Características gerais dos estudos selecionados	15
5.2 Características da população selecionada	16
5.3 Ocorrência de DPP em puérperas com PE	16
6 DISCUSSÃO	18
7 CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS	21

1 INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno mental que acomete mulheres no período do puerpério, caracterizando-se por alterações emocionais e comportamentais que podem comprometer significativamente a saúde mental e a qualidade de vida da puérpera. No contexto brasileiro, estima-se que aproximadamente 25% das mulheres desenvolvam sintomas de DPP entre o sexto e o décimo oitavo mês após o nascimento do bebê, o que demonstra sua alta prevalência e relevância como problema de saúde pública. As manifestações clínicas da DPP são diversas e, muitas vezes, intensas, incluindo a perda de interesse pelas atividades cotidianas, sentimento de incapacidade, inutilidade, tristeza profunda, pensamentos ou comportamentos autolesivos - tanto em relação à própria mulher quanto ao bebê -, além de alterações significativas no apetite e no sono (com perda ou ganho de peso, insônia ou hipersonia), cansaço extremo e sintomas de ansiedade.¹

Diversos fatores podem contribuir para o surgimento da DPP, e eles estão relacionados a aspectos físicos, emocionais, sociais e ao estilo de vida. Entre os principais fatores de risco destacam-se: ausência de apoio familiar e conjugal, gestação não planejada, histórico prévio de transtornos mentais como depressão e ansiedade, sedentarismo, uso de substâncias psicoativas, insatisfação com a imagem corporal, e, em especial, complicações obstétricas graves. Essas complicações são capazes de gerar elevado nível de estresse e experiências potencialmente traumáticas durante a gestação, o parto e o período pós-natal. Um exemplo notável desse tipo de complicação é a pré-eclâmpsia.^{1,2,3}

As complicações obstétricas graves englobam condições clínicas que ocorrem durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto em si e o período neonatal imediato, representando riscos consideráveis para a saúde e até mesmo para a vida da mãe e/ou do bebê.⁴ A pré-eclâmpsia, por sua vez, é uma dessas condições e se manifesta em cerca de 5% a 8% das gestações. Essa doença, geralmente diagnosticada após a 20ª semana de gestação, caracteriza-se principalmente por hipertensão arterial associada à presença de proteína na urina (proteinúria). Em muitos casos, pode haver sintomas adicionais que indicam agravamento do quadro, como cefaleia intensa, dor abdominal, distúrbios visuais, além de alterações laboratoriais importantes, que sinalizam iminência de eclâmpsia.⁵

Os fatores de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia incluem idade materna superior a 40 anos, excesso de peso e obesidade, histórico familiar da doença, ser a primeira gestação (primigestas), gestações múltiplas e ocorrência prévia de pré-eclâmpsia em gestações anteriores. Quando não identificada ou adequadamente tratada, a pré-eclâmpsia pode evoluir para formas mais graves da doença, como a eclâmpsia (caracterizada por convulsões), comprometimentos hepáticos e renais (exemplificados pela síndrome HELLP - hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia), além de parto prematuro e, em casos extremos, óbito materno ou fetal.⁶

Diversos estudos científicos têm apontado a pré-eclâmpsia como um fator que contribui diretamente para o aparecimento da depressão pós-parto. Isso se deve, em grande parte, às consequências físicas e emocionais que acompanham a gravidade dessa condição, como a necessidade de internação do recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), ou mesmo a ocorrência de perdas perinatais. Tais eventos potencializam o sofrimento psicológico materno, aumentam os níveis de ansiedade e desencadeiam sentimentos de impotência e culpa. Dessa forma, não é apenas a presença da pré-eclâmpsia que representa um risco, mas também as experiências negativas e traumáticas associadas ao seu desfecho que estão fortemente relacionadas à maior incidência de sintomas depressivos no puerpério.^{7,8}

Considerando o impacto psicológico significativo da pré-eclâmpsia, é possível compreendê-la como uma condição que pode favorecer o surgimento de transtornos psiquiátricos, especialmente a DPP, uma vez que seu curso frequentemente envolve vivências traumáticas, medo da perda do bebê, complicações clínicas e desfechos inesperados. Apesar disso, a literatura científica ainda apresenta uma lacuna importante no que diz respeito à investigação aprofundada da associação entre doenças hipertensivas da gestação e saúde mental materna.⁸

Embora as doenças hipertensivas da gestação tenham sido foco de inúmeros estudos voltados à identificação precoce, predição de risco, estratégias de prevenção e intervenções clínicas e obstétricas, sua repercussão sobre o estado emocional e psicológico das gestantes permanece subexplorada. Diante dessa realidade, torna-se urgente e necessário o desenvolvimento de pesquisas que enfoquem essa interface entre saúde obstétrica e saúde mental, com vistas a mitigar os efeitos deletérios da DPP. O objetivo final dessas investigações é fortalecer o vínculo entre mãe e filho, promover a funcionalidade e o bem-estar materno, e assegurar um puerpério mais saudável e equilibrado. Com base nesse entendimento, foi desenvolvida a presente pesquisa de revisão.

2 OBJETIVO

Avaliar a ocorrência de depressão pós-parto em mulheres que desenvolveram pré-eclâmpsia durante a gestação, a partir da literatura científica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Depressão pós-parto

A depressão pós-parto (DPP) é reconhecida como a complicação psiquiátrica mais comum associada à gestação e ao período pós-natal, configurando-se como um transtorno mental de grande gravidade que acomete mulheres no puerpério. Esse transtorno está intimamente relacionado a elevados níveis de sofrimento psicológico materno, ao mesmo tempo em que repercute negativamente no bem-estar e no desenvolvimento infantil. A DPP não deve ser confundida com a tristeza pós-parto transitória (baby blues), pois se trata de uma condição mais persistente, profunda e incapacitante, que exige atenção clínica e intervenção adequada.^{9,10}

Clinicamente, a depressão pós-parto se manifesta por meio de uma combinação de sintomas emocionais, comportamentais e físicos, que incluem tristeza profunda, apatia ou perda de interesse por atividades cotidianas, sentimento persistente de culpa e inutilidade, alterações no sono (como insônia ou sono excessivo), fadiga extrema, ansiedade exacerbada, preocupação excessiva com o bebê ou com a maternidade e, em casos mais graves, presença de pensamentos suicidas ou ideação de autoextermínio. Esses sintomas afetam significativamente a qualidade de vida da mulher e interferem na sua capacidade de cuidar de si mesma e de seu recém-nascido.^{9,10}

A prevalência estimada da depressão pós-parto varia entre 10% e 20% das mulheres no período pós-natal, contudo, diversos estudos apontam que esses números podem estar subestimados. A subnotificação dessa condição está associada a múltiplos fatores, como a baixa taxa de rastreamento clínico, diferenças nos métodos diagnósticos, condições socioeconômicas desfavoráveis, normas culturais, crenças sociais sobre maternidade e saúde mental, ausência de políticas públicas de triagem sistemática, bem como o estigma ainda presente em torno dos transtornos psiquiátricos. Isso faz com que muitas mulheres não relatem os sintomas ou não busquem ajuda, permanecendo em sofrimento silencioso.^{2,3}

Os fatores de risco que aumentam a probabilidade de desenvolvimento da DPP são amplos e multifatoriais. Entre eles, destacam-se experiências de vida estressantes durante a gestação ou no início do puerpério, ausência de suporte emocional e prático por parte da família ou do parceiro, histórico de violência doméstica ou obstétrica, situação socioeconômica precária, idade materna jovem, uso de álcool ou outras substâncias psicoativas, gestação não planejada ou indesejada, bem como antecedentes pessoais de transtornos de humor, como episódios prévios de depressão ou ansiedade.³

Os impactos da DPP transcendem a esfera individual da mulher, estendendo-se ao binômio mãe-filho. Mães que enfrentam essa condição tendem a apresentar maiores dificuldades em iniciar ou manter o aleitamento materno exclusivo, em estabelecer e manter vínculos afetivos consistentes com seus bebês e em participar de atividades de interação e estímulo que favorecem o desenvolvimento neurológico da criança. Como consequência, os filhos de mães com DPP podem apresentar atrasos no desenvolvimento motor e cognitivo, distúrbios do sono, dificuldades na regulação emocional, cólicas infantis excessivas, bem como problemas no desenvolvimento da linguagem e na comunicação.^{1,3}

Além disso, estudos longitudinais sugerem que a exposição prolongada à depressão materna nos primeiros anos de vida pode aumentar o risco de a criança desenvolver, ao longo da infância e adolescência, problemas emocionais e comportamentais, como baixa autoestima, sintomas depressivos, transtornos de ansiedade e dificuldades de socialização. Essa realidade reforça a importância do diagnóstico precoce e da intervenção eficaz, não apenas para promover a recuperação da saúde mental materna, mas também para proteger o desenvolvimento infantil e favorecer relações familiares mais saudáveis.^{1,3}

3.2 Pré-eclâmpsia

A pré-eclâmpsia é uma das principais complicações obstétricas que acometem mulheres durante a gestação, sendo responsável por considerável parcela da morbidade e mortalidade materna e fetal em todo o mundo. Essa síndrome clínica costuma surgir após a 20ª semana de gestação e se caracteriza pelo aparecimento recente de hipertensão arterial, acompanhada de proteinúria. Em muitos casos, essa condição vem associada a outros sintomas relevantes, como cefaleia intensa, dor abdominal, distúrbios visuais e edema em membros inferiores. Quando não diagnosticada e tratada precocemente, a pré-eclâmpsia pode evoluir para quadros mais graves, envolvendo disfunção de múltiplos órgãos, como fígado, rins e sistema nervoso central, podendo levar a complicações severas, inclusive à morte, se a gestação não for interrompida no momento adequado com a retirada do feto e da placenta.⁵

O diagnóstico da pré-eclâmpsia é estabelecido a partir da confirmação de níveis pressóricos iguais ou superiores a 140 x 90 mmHg, em pelo menos duas aferições distintas após a vigésima semana de gestação. Esse achado deve estar associado a, pelo menos, um dos seguintes critérios diagnósticos: presença de proteinúria significativa (definida como uma relação proteína/creatinina urinária maior ou igual a 0,3) ou sinais de disfunção orgânica materna (hepática, renal, hematológica, neurológica) e/ou evidências de comprometimento da unidade útero-placentária, como restrição de crescimento fetal ou alterações no fluxo doppler uterino.⁶

Embora os mecanismos exatos que desencadeiam a pré-eclâmpsia ainda não sejam completamente compreendidos, avanços na área sugerem que sua fisiopatologia envolve múltiplos fatores inter-relacionados. De forma geral, acredita-se que o processo tenha início ainda nas fases iniciais da gestação, com uma placentação anômala — geralmente influenciada por predisposições genéticas e imunológicas específicas. Nesse contexto, há uma falha na adequada invasão trofoblástica das artérias espiraladas uterinas, o que compromete o suprimento sanguíneo para a placenta. Como consequência, há liberação exagerada de substâncias antiangiogênicas na circulação materna, principalmente o fator tirosina quinase-1 semelhante ao fms solúvel (sFit-1) e a endoglina solúvel (sEng). Esses marcadores interferem negativamente na função endotelial, promovendo vasoconstrição e um estado pró-inflamatório que altera a regulação imunológica e endócrina da gestante. O resultado é um desequilíbrio sistêmico que afeta diversos órgãos maternos e compromete o bem-estar fetal.⁸

Diversos fatores de risco aumentam a susceptibilidade das gestantes ao desenvolvimento da pré-eclâmpsia. Entre os principais, destacam-se o histórico pessoal ou familiar da doença, idade materna superior a 40 anos, primigestação ou múltiplas gestações, doenças preexistentes como hipertensão crônica, diabetes mellitus e doença renal crônica, além de sobrepeso e obesidade. A presença de pré-eclâmpsia em gestações anteriores também configura fator de risco importante, aumentando significativamente a probabilidade de recorrência em futuras gestações.^{5,6,8}

Diante da complexidade de sua fisiopatologia e dos riscos associados, a pré-eclâmpsia exige vigilância rigorosa, acompanhamento obstétrico regular e, quando necessário, intervenções terapêuticas oportunas para evitar desfechos desfavoráveis para a mãe e o bebê.

3.3 Depressão pós-parto e Pré-eclâmpsia

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno mental que acomete mulheres no período do puerpério e que, apesar de sua alta prevalência e do impacto significativo que exerce sobre a saúde materna e infantil, ainda é frequentemente subdiagnosticado ou negligenciado nos serviços de saúde. Trata-se de uma condição complexa, multifatorial e que compromete significativamente a qualidade de vida da mulher, repercutindo negativamente em sua capacidade funcional, nas relações interpessoais e na vivência da maternidade. A ausência de reconhecimento precoce dos sinais clínicos compromete o início oportuno do tratamento, o que pode levar a desfechos graves e prolongados para a puérpera. As consequências vão além do sofrimento emocional, afetando também o bem-estar físico e funcional da mulher, além de prejudicar diretamente o desenvolvimento do bebê. A falta de intervenção adequada pode comprometer o vínculo mãe-filho, reduzir a capacidade da mulher em cuidar do recém-nascido e interferir negativamente em aspectos como a amamentação, o desenvolvimento cognitivo, emocional e o comportamento infantil. Além disso, a DPP pode evoluir para quadros mais graves, como depressão maior, ideação suicida ou até mesmo infanticídio, nos casos mais extremos.^{1,3,9,11}

Nas últimas décadas, estudos científicos têm buscado compreender os múltiplos fatores que contribuem para o desencadeamento da DPP, com destaque para os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e obstétricos. Nesse contexto, a pré-eclâmpsia tem sido apontada como uma condição de risco relevante. Trata-se de uma síndrome hipertensiva da gestação, potencialmente grave, que afeta de 5% a 8% das gestantes e que, quando presente, pode desencadear uma série de complicações clínicas e emocionais. Evidências científicas apontam para uma associação significativa entre a presença de pré-eclâmpsia e o aumento da vulnerabilidade psicológica da mulher no período pós-parto. A ocorrência dessa condição durante a gestação é considerada um importante fator predisponente para o surgimento de sintomas depressivos, especialmente quando associada a desfechos obstétricos desfavoráveis, como internações prolongadas, separação precoce do bebê, e complicações perinatais. Pesquisas recentes destacam que mulheres que vivenciaram a pré-eclâmpsia tendem a apresentar manifestações psiquiátricas mais intensas, com maior gravidade dos sintomas, em comparação àquelas que tiveram uma gestação sem intercorrências desse tipo.^{7,12,13}

Essa associação pode ser compreendida por meio de uma combinação de mecanismos psicológicos, fisiológicos e neurobiológicos. A pré-eclâmpsia frequentemente resulta em complicações obstétricas severas e experiências

potencialmente traumáticas, como o descolamento prematuro da placenta, restrição do crescimento intrauterino, parto prematuro, internação prolongada do recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), natimorto e, em situações extremas, óbito materno ou fetal. A vivência desses eventos críticos impõe à gestante um estado de elevado estresse emocional, marcado por medo, angústia, insegurança, sensação de impotência e perda do controle sobre o próprio corpo e sobre a experiência de gestar. Essa sobrecarga emocional, aliada a alterações hormonais, inflamatórias e neuroquímicas desencadeadas pela própria condição clínica, pode favorecer o surgimento de sintomas depressivos ou, em casos mais graves, resultar em quadros de transtornos psiquiátricos, como o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).^{4,7,12,13}

Além disso, sabe-se que mulheres acometidas por pré-eclâmpsia frequentemente precisam enfrentar situações de afastamento precoce do recém-nascido, interrupção abrupta da gestação e exposição a procedimentos invasivos, o que contribui para o sentimento de frustração e perda da expectativa em relação à vivência do parto e da maternidade. A insegurança quanto ao estado de saúde do bebê e o medo de desfechos negativos aumentam a carga emocional, sendo agravados quando não há suporte emocional e social suficiente. Todos esses fatores, quando somados, criam um cenário favorável para o desenvolvimento da depressão no pós-parto, sobretudo em mulheres que já apresentam fatores de risco prévios, como histórico de transtornos psiquiátricos, baixa rede de apoio, condições socioeconômicas desfavoráveis ou vivências traumáticas anteriores.^{4,7,14}

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Revisão sistemática da literatura sem metanálise, de cunho descritivo, caracterizada pela busca de artigos em bases de dados através de metodologia sistematizada pelo protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)¹⁵.

4.2 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos estudos observacionais do tipo corte transversal, coorte e caso controle, na língua inglesa e portuguesa, realizados em seres humanos, que avaliaram a ocorrência de depressão pós-parto em mulheres que desenvolveram pré-eclâmpsia.

Foram excluídos artigos de revisão, opinião de especialista, cartas ao editor ou editoriais, revisões sistemáticas, *scoping review*.

4.3 Fontes de informação

As buscas foram feitas nas bases de dados eletrônicas MEDLINE/ PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Embase.

4.4 Estratégia de pesquisa

As buscas nas bases de dados foram guiadas pelo acrônimo PECO em que P é igual a população/participantes, E é exposição, C é comparação e O é o desfecho, assim, no que se refere à População (P), o foco está em mulheres no período pós-parto. A Exposição (E) envolve aquelas que desenvolveram pré-eclâmpsia durante a gestação, enquanto o grupo de Comparação (C) é composto por mulheres que não apresentaram essa condição durante a gravidez. O Desfecho (O) analisado foi a ocorrência de depressão pós-parto. Dessa forma, a questão de pesquisa que orientou esta revisão sistemática foi: "Mulheres que desenvolveram pré-eclâmpsia durante a gestação apresentam maior risco de desenvolver depressão pós-parto em comparação àquelas que não tiveram essa condição?". As buscas nas bases de dados foram realizadas por meio da combinação dos descritores: *postpartum depression* e *preeclampsia*, incluindo termos do *Medical Subject Headings (MeSH)*, dos Descritores em Ciências da Saúde (DECs) e contrações de descritores. A combinação de termos utilizados para busca foram: ("depression, postpartum"[MeSH Terms] OR ("depression"[All Fields] AND "postpartum"[All Fields]) OR "postpartum depression"[All Fields] OR ("postpartum"[All Fields] AND "depression"[All Fields])) AND ("pre eclampsia"[MeSH Terms] OR "pre eclampsia"[All Fields] OR ("pre"[All Fields] AND "eclampsia"[All Fields]) OR "pre eclampsia"[All Fields]). Referências presentes nos artigos identificados pela estratégia de busca também foram procuradas, manualmente, a fim de serem adicionadas ao trabalho e à revisão sistemática.

4.5 Identificação e seleção dos estudos

A autora e o orientador, independentes, fizeram isoladamente a leitura dos títulos e resumos de cada trabalho pré-selecionado, a fim de identificar aqueles que contemplaram os critérios de inclusão. Posteriormente entraram em consenso sobre os artigos que compuseram a amostra desta revisão.

4.6 Extração de dados

Foram coletados dados por meio de formulário de coleta pré-definido. As características dos estudos extraídos incluirão: data de publicação, origem geográfica, título, definição do estudo e variáveis elencadas no subtópico 4.7.

4.7 Itens de dados

As variáveis utilizadas nessa revisão incluem faixa etária, período da gestação, presença de pré-eclâmpsia, presença de depressão pós-parto e Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS).

4.8 Avaliação do risco de viés

Para a avaliação do risco de viés metodológico selecionados, foi utilizada a ferramenta de análise de risco de viés *Newcastle-Ottawa Scale*¹⁶, ferramenta desenvolvida para análise da qualidade dos estudos observacionais, de modo a avaliar os artigos em três critérios: de seleção; de comparabilidade; e de desfecho. Foi utilizado o checklist *Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis* (JBI)¹⁷ para avaliar a qualidade do estudo transversal.

4.9 Métodos de Síntese

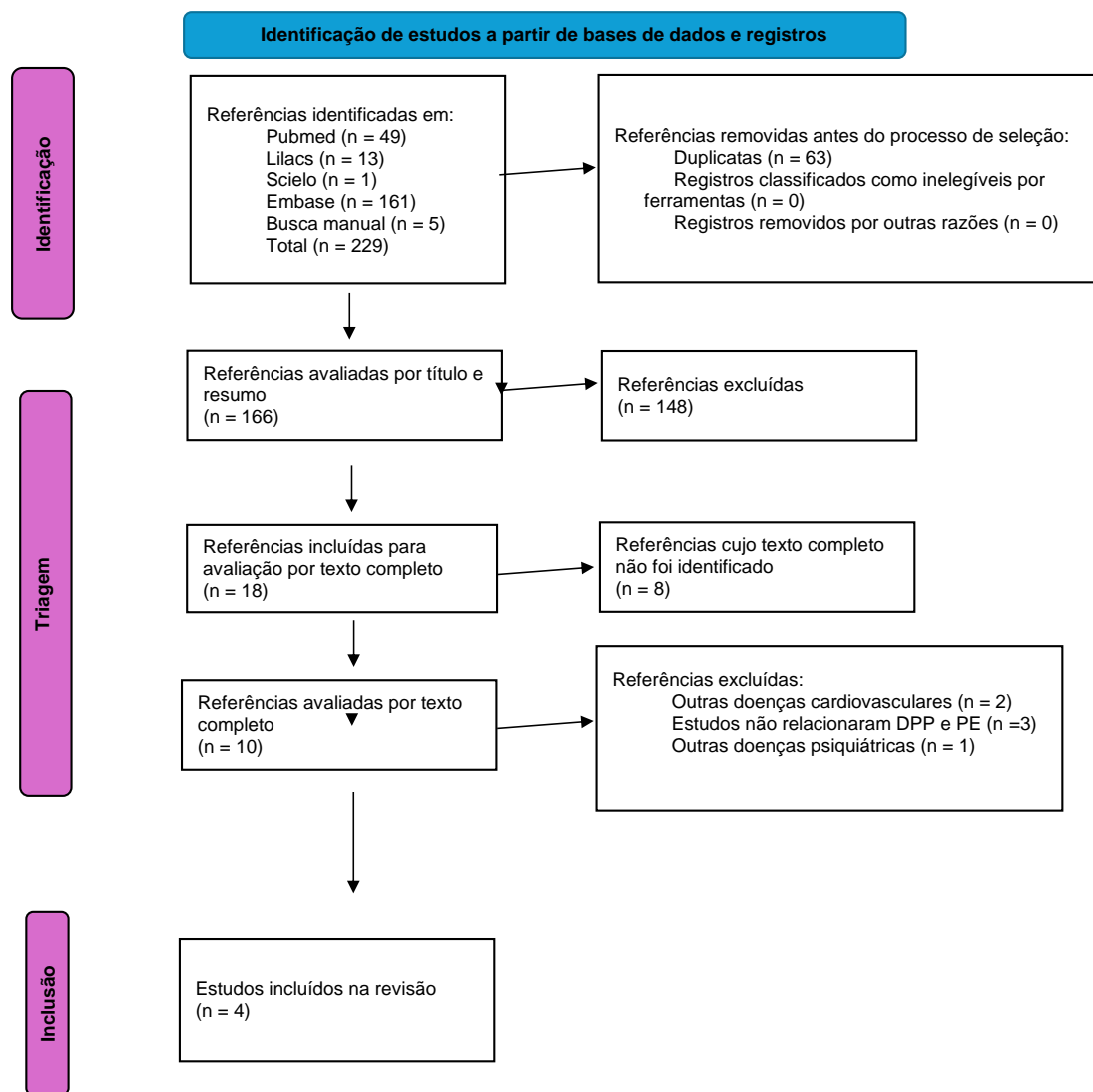
Os resultados foram apresentados de forma descritiva em números absolutos e percentuais, para variáveis categorias, média e desvio padrão para variáveis contínuas, quando foi encontrada homogeneidade nos resultados dos estudos que compuseram a amostra. Também foram apresentados na forma de síntese qualitativa os principais achados, no caso de

heterogeneidade dos resultados identificados em cada estudo. Para qualquer uma das formas foram utilizados tabelas e/ou quadros para organização e apresentação dos resultados.

5 RESULTADOS

Das 229 referências encontradas na estratégia de busca, 10 artigos foram obtidos para a leitura completa. Dentre esses, após a leitura, dois foram excluídos por abordarem outras doenças cardiovasculares. Três artigos foram excluídos por não relacionarem depressão pós-parto e pré-eclâmpsia. Um foi excluído por relacionar a pré-eclâmpsia com outras doenças psiquiátricas. Desse modo, 4 artigos foram selecionados, atendendo os critérios de elegibilidade adotados na presente revisão sistemática. Vide etapas da elegibilidade dos artigos na Figura 1.

Figura 1- Fluxograma de identificação, de evolução, de elegibilidade e de inclusão de artigos na revisão sistemática.



PRISMA 2020.¹⁵

Através da ferramenta *Newcastle-Ottawa Scale* (NOS)¹⁶ foi possível avaliar a qualidade de 3 artigos incluídos na presente revisão sistemática. De acordo com os parâmetros de seleção, comparabilidade e resultado, Ye *et al.*¹⁸ e Chen *et al.*¹⁹ atenderam parcialmente os tópicos, tendo uma representatividade limitada. Hoedjes *et al.*²⁰ obteve a melhor pontuação na avaliação pela ferramenta, apresentando alta qualidade metodológica e rigor no controle de confundidores, entretanto, a falta de um grupo de comparação com mulheres sem PE é uma limitação observada (Figura 2).

Figura 2- Ferramenta Newcastle-Ottawa Scale (NOS)¹⁶.

TÓPICO SELEÇÃO	Ye, et al. ¹⁸	Chen, et al. ¹⁹	Hoedjes, et al. ²⁰
1) Representatividade da coorte exposta:			
a) Verdaderamente representativa (uma estrela)			★
b) Relativamente representativa (uma estrela)	★	★	
c) Grupo selecionado			
d) Ausência de descrição da derivação da coorte			
2) Seleção da coorte não exposta			
a) Extraída da mesma comunidade da coorte exposta (uma estrela)	★		
b) Extraída de uma fonte diferente		★	
c) Ausência de descrição da derivação da coorte não exposta			
3) Verificação da exposição			
a) Registro seguro (por exemplo, registro cirúrgico) (uma estrela)	★	★	★
b) Entrevista estruturada (uma estrela)			
c) Autorrelato escrito			
d) Sem descrição			
e) Outros			
4) Demonstração de que o resultado de interesse não estava presente no início do estudo			
a) Sim (uma estrela)			★
b) Não			
COMPARABILIDADE			
1) Comparabilidade de coortes com base no desenho ou análise controlada para fatores de confusão			
a) Estudo controlou o fator mais importante (como idade, IMC e dias gestacionais) (uma estrela)	★		★
b) Controles do estudo para outros fatores (listar) (uma estrela)		★	
c) As coortes não são comparáveis com base no desenho ou análise controlada para fatores de confusão			
RESULTADO			
1) Avaliação do resultado			
a) Avaliação cega independente (uma estrela)	★	★	★
b) Vinculação de registro (uma estrela)			
c) Autorrelato			
d) Sem descrição			
e) Outros			
2) Acompanhamento foi longo o suficiente para que os resultados ocorressem			
a) Sim (uma estrela)	★	★	★
b) Não			
Indique a duração média do acompanhamento e uma breve justificativa para a avaliação acima			
3) Adequação do acompanhamento das coortes			
a) Acompanhamento completo – todos os assuntos contabilizados (uma estrela)			★
b) Indivíduos perdidos no acompanhamento provavelmente não apresentarão viés – número de perdas menor ou igual a 20% ou descrição dos perdidos sugeridos não diferentes daqueles seguidos (uma estrela)	★	★	
c) Taxa de acompanhamento inferior a 80% e nenhuma descrição dos perdidos			
d) Nenhuma descrição			

Formatado: Fonte: (Padrão) Arial, 9 pt, Negrito

Formatado: Centralizado, Posição: Horizontal: Esquerda, Em relação a: Coluna, Vertical: Na linha, Em relação a: Parágrafo, Horizontal: 0,25 cm, Ao redor

Formatado: Fonte: (Padrão) Arial, 9 pt, Negrito

Formatado: Centralizado, Posição: Horizontal: Esquerda, Em relação a: Coluna, Vertical: Na linha, Em relação a: Parágrafo, Horizontal: 0,25 cm, Ao redor

Formatado: Fonte: (Padrão) Aptos, 12 pt, Não Negrito

Por meio do checklist JBI¹⁷ foi possível avaliar a qualidade do artigo de estudo transversal incluído na presente revisão sistemática. Mbarak *et al.*²¹ atendeu à maioria dos critérios estabelecidos pelo checklist, apresentando apenas uma limitação na estratégia de amostragem (Figura 3).

Figura 3 – Checklist JBI¹⁷ para estudos transversais.

Autor: Mbarak et al.²¹

	Sim	Não	Confuso	Não é aplicável
1. O quadro amostral foi apropriado para atender à população-alvo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os participantes do estudo foram amostrados de forma adequada?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O tamanho da amostra era adequado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os sujeitos do estudo e o cenário foram descritos em detalhes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A análise dos dados foi realizada com cobertura suficiente da amostra identificada?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Foram utilizados métodos válidos para a identificação da condição?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A condição foi medida de forma padrão e confiável para todos os participantes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Houve análise estatística apropriada?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A taxa de resposta foi adequada e, se não, a baixa taxa de resposta foi gerenciada adequadamente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.1 Características gerais dos estudos selecionados

Ye *et al.*¹⁸ analisaram a incidência de depressão pós-parto (DPP) em mulheres diagnosticadas com pré-eclâmpsia (PE), avaliando a influência da gravidade da condição e suas complicações. O estudo considerou fatores associados, como restrição de crescimento fetal e dor pós-parto.

Mbarak *et al.*²¹ investigaram a prevalência e fatores de risco da DPP em mulheres com PE ou eclâmpsia na Tanzânia, analisando o impacto da gravidade da condição no risco de depressão. O estudo destacou fatores como idade jovem, baixo nível educacional, estado civil (solteiras), morte perinatal, falta de suporte familiar e eventos estressantes durante a gestação.

Chen *et al.*¹⁹ avaliaram a incidência de DPP em mulheres com e sem PE, identificando a severidade da condição como um fator de risco relevante. O estudo ressaltou a importância de medidas preventivas voltadas para mulheres com PE severa, enfatizando a necessidade de acompanhamento psicológico adequado.

Hoedjes *et al.*²⁰ analisaram a incidência de sintomas depressivos no pós-parto em mulheres com PE leve e severa, explorando a relação entre a gravidade da condição e desfechos como internação em unidades de terapia intensiva neonatal (UTI neonatal) e óbito perinatal.

Os estudos incluídos na revisão sistemática são predominantemente internacionais, com destaque para publicações provenientes da China (Ye *et al.*¹⁸ e Chen *et al.*¹⁹). A maioria utilizou delineamento de estudos de coorte, tanto retrospectivos quanto prospectivos, evidenciando um método robusto para avaliar a relação entre PE e DPP e permitindo uma maior precisão na identificação de fatores de risco envolvidos na temática.

Quadro 1 – Características dos estudos presentes na análise. Salvador, Bahia, 2025.

Título	Autores /Ano	País	Objetivos	Tipo de estudo
Preeclampsia and Its Complications Exacerbate Development of Postpartum Depression: A Retrospective Cohort Study	Ye <i>et al.</i> , 2021	China	Determinar a taxa de incidência de depressão pós-parto (DPP) em pacientes com pré-eclâmpsia (PE) e avaliar de forma abrangente a associação entre DPP e PE, incluindo sua gravidade e complicações.	Coorte retrospectiva
Postpartum depression among women with pre-eclampsia and eclampsia in Tanzania; a call for integrative intervention	Mbarak <i>et al.</i> , 2019	Tanzânia	Determinar a magnitude e os fatores de risco para depressão pós-parto (DPP) entre mulheres diagnosticadas com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia no Hospital Nacional Muhimbili (MNH), na Tanzânia.	Estudo transversal
Development of Postpartum Depression in Pregnant Women with Preeclampsia: A Retrospective Study	Chen <i>et al.</i> , 2019	China	Determinar a taxa de incidência de depressão pós-parto (DPP) em pacientes com pré-eclâmpsia (PE) e identificar a associação entre a prevalência de DPP e a gravidade da PE.	Coorte retrospectiva
Postpartum Depression After Mild and Severe Preeclampsia	Hoedjes <i>et al.</i> , 2011	Holanda	Descrever a incidência de sintomas depressivos no pós-parto após pré-eclâmpsia, avaliar em que medida essa prevalência difere entre casos de pré-eclâmpsia leve e grave, e investigar quais fatores contribuem para tais diferenças.	Coorte prospectiva

Fonte: Autores da pesquisa.

5.2 Características da população selecionada

Os quatro estudos analisados nesta revisão apresentaram variações consideráveis no tamanho das populações investigadas, refletindo as diferenças metodológicas e contextuais de cada pesquisa. O tamanho das amostras variou de 161 a 386 participantes. O menor número de participantes foi reportado no estudo de Hoedjes *et al.*²⁰, que incluiu 161 mulheres, enquanto o maior foi observado no estudo de Mbarak *et al.*²¹, com 386 mulheres. Os estudos de Ye *et al.*¹⁸ e Chen *et al.*¹⁹ apresentaram tamanhos intermediários, com 365 e 180 participantes, respectivamente. (Tabela 1).

Tabela 1 - Variáveis analisadas na presente revisão sistemática. Salvador, Bahia, 2025.

Autores	População/amostra do estudo	Idade gestacional	Idade materna	Escala de Edimburgo para DPP
Ye <i>et al.</i> ¹⁸	365 mulheres (208 com PE)	≥ 28 semanas	18 a 45 anos	EPDS ≥ 13
Mbarak <i>et al.</i> ²¹	386 mulheres com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia	≥ 20 semanas	20 a 34 anos	EPDS ≥ 13
Chen <i>et al.</i> ¹⁹	180 mulheres (90 com PE)	≥ 28 semanas	20 a 40 anos	EPDS ≥ 10
Hoedjes <i>et al.</i> ²⁰	161 mulheres (122 com PE severa)	≥ 20 semanas	18 a 42 anos	EPDS ≥ 10 e ≥ 13

Fonte: Autores da pesquisa.

Comentado [1]: Acho que aqui vale apenas colocar o valor absoluto e não a porcentagem, para ficar igual aos outros.

5.3 Ocorrência de DPP em puérperas com PE

Os estudos analisados nesta revisão sistemática investigaram a relação entre pré-eclâmpsia (PE) e depressão pós-parto (DPP), apresentando diferentes prevalências e fatores associados. Ye *et al.*¹⁸ exploraram a associação entre a gravidade da PE e a DPP, destacando que mulheres com PE grave apresentam maior risco de desenvolver sintomas depressivos. O estudo analisado nesta revisão encontrou uma incidência de 30,77% de DPP em mulheres com PE, valor significativamente maior que no grupo controle (14,58%). A ocorrência de DPP foi ainda mais elevada em casos de PE grave, restrição de crescimento fetal e internação neonatal em UTIN, indicando que a gravidade da condição e suas complicações aumentam o risco de sintomas depressivos no puerpério.

Chen *et al.*¹⁹ encontraram uma incidência de DPP de 26,67% em mulheres com PE, em comparação a 12,22% no grupo controle, evidenciando que a gravidade da PE aumenta significativamente o risco de depressão pós-parto. Além disso, identificaram como fatores de risco o histórico de saúde mental prévio e características sociodemográficas, como idade e estado civil.

Hoedjes *et al.*²⁰ relataram que a incidência de DPP foi maior em mulheres com PE grave (31,7%) do que em casos de PE leve (10,5%). O estudo também destacou a influência de fatores psicossociais, como idade jovem, nível educacional baixo, ausência de suporte social e morte perinatal, no aumento do risco de DPP.

Por fim, Mbarak *et al.*²¹ identificaram uma prevalência de DPP de 20,5% em mulheres com PE ou eclâmpsia, sendo mais frequente em casos de eclâmpsia e PE grave. O estudo apontou fatores de risco como idade jovem, baixo nível educacional, morte perinatal, eventos estressantes durante a gestação e falta de suporte familiar ou conjugal, reforçando a importância do contexto psicossocial na saúde mental materna (Quadro 2).

Quadro 2 – Desfechos encontrados na análise. Salvador, Bahia, 2025.

Estudo	Prevalência/incidência de DPP	Fatores Associados à DPP	Observações
Ye et al. ¹⁸	Incidência de 30,77% de DPP em mulheres com PE	Gravidade da PE, complicações obstétricas (como restrição de crescimento fetal), dor pós-parto	O estudo evidenciou que a gravidade da PE aumenta o risco de DPP.
Chen et al. ¹⁹	26,67% de mulheres com PE apresentaram DPP (comparado a 12,22% no grupo controle)	Gravidade da PE, complicações obstétricas, histórico de saúde mental prévio, características sociodemográficas	Mulheres com PE tiveram risco maior de DPP, com a gravidade da PE associada a um risco aumentado de depressão pós-parto.
Hoedjes et al. ²⁰	A incidência foi maior em mulheres com PE grave (31,7%) comparado com PE leve (10,5%)	Idade jovem, baixo nível educacional, ser mãe solteira, morte perinatal, falta de apoio social, eventos estressantes	Mulheres com PE grave e fatores psicossociais desfavoráveis apresentaram maior prevalência de DPP.
Mbarak et al. ²¹	20,5% das mulheres com PE ou eclâmpsia apresentaram DPP	Idade jovem, baixo nível educacional, status de mãe solteira, morte perinatal, falta de apoio familiar, eventos estressantes	Estudo transversal na Tanzânia que mostrou que a prevalência de DPP aumenta com a gravidade da PE, especialmente em casos de eclâmpsia.

Fonte: Autores da pesquisa.

6 DISCUSSÃO

A presente revisão sistemática teve como principal objetivo analisar a associação entre a pré-eclâmpsia (PE), uma condição obstétrica grave, e o desenvolvimento de depressão pós-parto (DPP), um transtorno mental que acomete muitas mulheres no período puerperal. Foram selecionados e examinados quatro estudos relevantes da literatura, cada um dos quais abordando a relação entre essas duas condições sob diferentes perspectivas clínicas, sociais e metodológicas, fornecendo uma visão ampla e detalhada sobre o tema.

Entre os estudos revisados, destacam-se os trabalhos de Ye *et al.*¹⁸ e Chen *et al.*¹⁹ que identificaram uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de pré-eclâmpsia grave e a maior incidência de depressão no pós-parto. Esses autores sugerem que a presença de complicações obstétricas relacionadas à PE, tais como restrição do crescimento fetal, dor persistente no período pós-parto e maior tempo de hospitalização, podem intensificar o sofrimento emocional e psicológico da puérpera, funcionando como gatilhos para o surgimento de sintomas depressivos. Esse tipo de impacto, por vezes, não se limita ao período imediato após o parto, podendo se estender por meses, especialmente quando há ausência de suporte adequado.

Reforçando essas constatações, o estudo realizado por Hoedjes *et al.*²⁰ fornece dados contundentes ao demonstrar que mulheres com diagnóstico de pré-eclâmpsia severa apresentaram uma prevalência de DPP significativamente maior (31,7%) em comparação àquelas que tiveram apenas manifestações leves da doença (10,5%). A diferença nos índices reforça a ideia de que o grau de severidade da PE está diretamente relacionado ao risco de desenvolvimento de transtornos mentais no período pós-natal, sendo um fator importante a ser considerado no acompanhamento clínico dessas pacientes.

De maneira geral, os achados reunidos nesta revisão indicam de forma consistente a existência de uma relação expressiva entre a PE e a ocorrência de DPP, conforme relatado por diversos autores^{18,19,20,21}. A severidade da pré-eclâmpsia e as complicações decorrentes dessa condição parecem exercer um papel determinante na gênese da depressão, afetando de maneira significativa o bem-estar físico, emocional e psicológico das mulheres durante e após o processo gestacional. Isso reforça a necessidade de enxergar a PE não apenas como uma enfermidade obstétrica, mas como uma condição com implicações biopsicossociais complexas.

Outro ponto de destaque foi levantado por Mbarak *et al.*²¹, que enfatizaram a importância de fatores sociodemográficos e psicossociais na mediação da relação entre PE e DPP. Mulheres jovens, com baixo nível de escolaridade, solteiras ou sem um parceiro presente durante a gestação e o puerpério apresentaram maior risco de desenvolver sintomas depressivos. Esse achado está alinhado com dados da literatura^{1,2,3,9,11} que identificam a falta de suporte social, familiar e conjugal como preditores significativos da DPP, mesmo na ausência de complicações clínicas graves. A interação entre fatores clínicos e contextuais parece ser determinante para a saúde mental materna, o que ressalta a importância de abordagens integradas no cuidado perinatal.

No que diz respeito à metodologia empregada na avaliação da depressão pós-parto, todos os estudos incluídos na revisão fizeram uso da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS), uma ferramenta amplamente reconhecida para triagem de sintomas depressivos no pós-parto. No entanto, observou-se uma variação nos pontos de corte utilizados entre os estudos, oscilando entre 10 e 13. Essa diferença metodológica pode ter contribuído para certa heterogeneidade nos resultados, uma vez que escores de corte mais baixos tendem a identificar um número maior de casos leves ou subclínicos, enquanto escores mais altos são mais específicos para quadros moderados e graves^{1,2,3}. Essa disparidade pode dificultar comparações diretas entre os estudos, ressaltando a importância da padronização de critérios diagnósticos em futuras investigações.

Apesar dos avanços na compreensão da associação entre PE e DPP, os mecanismos biológicos e psicológicos subjacentes a essa relação ainda não estão totalmente compreendidos. A literatura^{4,7,12,13} propõe algumas hipóteses relevantes. Uma delas é a de que a resposta inflamatória sistêmica desencadeada pela pré-eclâmpsia pode afetar o funcionamento de neurotransmissores cerebrais como a serotonina e a dopamina, ambos intimamente relacionados à regulação do humor. Além disso, o estresse oxidativo e o desequilíbrio hormonal e endócrino decorrente da PE também podem provocar alterações neurobiológicas que elevam a vulnerabilidade das mulheres ao desenvolvimento de quadros depressivos. Essas hipóteses apontam para uma complexa interação entre fatores orgânicos e emocionais, que pode ser agravada pela experiência de desfechos obstétricos negativos, como parto prematuro, internação do recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) ou perda fetal.

Não obstante a consistência dos achados, é importante considerar algumas limitações dos estudos analisados. Grande parte dos trabalhos incluídos nesta revisão possui delineamento observacional, sendo compostos por estudos de coorte retrospectiva ou transversal. Essa característica metodológica impede a inferência de uma relação causal direta entre a presença de PE e o surgimento da DPP. Além disso, diversas variáveis de confusão - como histórico psiquiátrico anterior, predisposição genética, experiências traumáticas anteriores, presença de suporte social ou familiar e outros fatores ambientais - não foram controladas de maneira uniforme em todos os estudos, o que pode comprometer a validade interna dos resultados obtidos.

A principal contribuição deste trabalho está em fortalecer a evidência científica de que a assistência obstétrica deve integrar o cuidado psicológico de forma sistemática, sobretudo para gestantes com histórico de pré-eclâmpsia. Isso pode subsidiar políticas públicas de saúde voltadas à triagem precoce de sintomas depressivos, prevenção de agravos e acolhimento emocional no pré-natal e pós-parto. Além disso, os achados reforçam a necessidade de formação contínua dos profissionais de saúde para atuação humanizada e interdisciplinar, capaz de garantir qualidade de vida para o binômio mãe-filho e reduzir a morbidade psiquiátrica no ciclo gravídico-puerperal.

Diante do exposto, torna-se evidente a necessidade de que futuras pesquisas explorem mais profundamente essa relação entre a pré-eclâmpsia e a depressão pós-parto. Estudos longitudinais bem estruturados, com maior controle de variáveis e amostras representativas, são essenciais para compreender de forma mais precisa os mecanismos que conectam essas duas condições e permitir o desenvolvimento de estratégias preventivas e terapêuticas eficazes. Ademais, os achados desta revisão reforçam a importância da implementação de ações de rastreamento sistemático da saúde mental de mulheres com histórico de pré-eclâmpsia, desde o pré-natal até o pós-parto. A oferta de suporte psicológico adequado, acompanhamento multiprofissional e medidas de acolhimento e proteção social podem contribuir significativamente para a redução da incidência de transtornos psiquiátricos nessa população de risco. Dessa forma, será possível promover não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional das mães, favorecendo o fortalecimento do vínculo materno-infantil e um puerpério mais saudável e seguro.

7 CONCLUSÃO

Esse estudo visou investigar a ocorrência de depressão pós-parto em mulheres que desenvolveram pré-eclâmpsia durante a gestação, por meio de uma revisão sistemática da literatura. Os achados permitiram identificar uma associação consistente entre a gravidade da pré-eclâmpsia e o aumento do risco de sintomas depressivos no puerpério, sobretudo quando há complicações como morte perinatal, internação neonatal e ausência de suporte psicossocial. Ao analisar os dados extraídos, compreende-se que a pré-eclâmpsia deve ser considerada não apenas uma condição clínica obstétrica, mas também um fator que afeta de maneira significativa a saúde mental da puérpera, corroborando e ampliando o entendimento já presente na literatura sobre o impacto das doenças hipertensivas na gestação.

Como contribuição para a ciência, este trabalho destaca a necessidade de incorporar o rastreamento sistemático da saúde mental no acompanhamento de gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia, bem como de ampliar a atenção à saúde mental da mulher, incentivando uma abordagem mais integral, humanizada e interprofissional nos serviços de atenção obstétrica. Os resultados também servem de base para fomentar políticas públicas voltadas à prevenção de transtornos psiquiátricos no puerpério, ao fortalecimento da rede de apoio à mulher e à promoção do bem-estar do binômio mãe-bebê.

REFERÊNCIAS

1. DelRosario, G. A., Chang, A. C., & Lee, E. D. (2013). Postpartum depression: symptoms, diagnosis, and treatment approaches. *JAAPA : official journal of the American Academy of Physician Assistants*, 26(2), 50–54. <https://doi.org/10.1097/01720610-201302000-00009>
2. Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in neuroendocrinology*, 52, 165–180. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
3. Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American journal of obstetrics and gynecology*, 200(4), 357–364. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.033>
4. Filippi, V. G. (2007). Health of women after severe obstetric complications in Burkina Faso: a longitudinal study. *Lancet*, pp. 1329–1337.
5. Phipps, E. A., Thadhani, R., Benzing, T., & Karumanchi, S. A. (2019). Pre-eclampsia: pathogenesis, novel diagnostics and therapies. *Nature reviews. Nephrology*, 15(5), 275–289. <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0119-6>
6. Ramos, J. G. L., Sass, N., & Costa, S. H. M. (2017). Pré-eclâmpsia. In *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia* (Vol. 39, Issue 9, pp. 496–512). Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1604471>
7. Caropreso, L., Cardoso, T. d., Eltayebani, M., & Frey, B. N. (7 de novembro de 2019). Preeclampsia as a risk factor for postpartum depression and psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, pp. 1-13.
8. IVES, Christopher W. et al. (2020) Preeclampsia—Pathophysiology and Clinical Presentations. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 76, DOI: 10.1016/j.jacc.2020.08.014.
9. Yuan, M., Bedell, S., de Vrijer, B., Eastabrook, G., Frisbee, J. C., & Frisbee, S. J. (2022). Highlighting the Mechanistic Relationship Between Perinatal Depression and Preeclampsia: A Scoping Review. In *Women's Health Reports* (Vol. 3, Issue 1, pp. 850–866). Mary Ann Liebert Inc. <https://doi.org/10.1089/whr.2022.0062>
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Depressão pós-parto. Brasília: Ministério da Saúde, [2020?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto>.
11. Viguera, A. (2024). *DEFINIÇÃO DE PERÍODO PÓS-PARTO*. <https://www.uptodate.com/contents/postpartum-unipolar-major-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis/print?searc>
12. Abedian, Z., Soltani, N., Mokhber, N., & Esmaily, H. (2015). Depression and anxiety in pregnancy and postpartum in women with mild and severe preeclampsia. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(4), 454–459. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.161013>
13. Ye, Y., Zhou, R., Liu, J., Su, Y., & Sun, Y. (2021). *Preeclampsia and its complications exacerbate development of postpartum depression*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. <https://doi.org/10.1155/2021/6641510>
14. Schmidt, E. B., Piccoloto, N. M., & Müller, M. C. (2005). *Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil* (Issue 1).
15. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
16. Wells, G. A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (2000). *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses*. Ottawa Hospital Research Institute. Disponível em: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
17. Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
18. Ye, Y., Chen, L., Xu, J., Dai, Q., Luo, X., Shan, N., & Qi, H. (2021). Preeclampsia and Its Complications Exacerbate Development of Postpartum Depression: A Retrospective Cohort Study. *BioMed Research International*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/6641510>
19. Chen, L., Wang, X., Ding, Q., Shan, N., & Qi, H. (2019). Development of postpartum depression in pregnant women with preeclampsia: A retrospective study. *BioMed Research International*, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/9601476>
20. Meeke Hoedjes, M. (2011). Postpartum Depression After Mild and Severe Preeclampsia. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH*, pp. 1-8.
21. Mbarak, B., Kilewo, C., Kuganda, S., & Sunguya, B. F. (2019). *Postpartum depression among women with pre-eclampsia and eclampsia in Tanzania: a call for integrative intervention*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 270. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2395-3>